La Capitale
assurances et gestion du patrimoine

ADHÉSION AU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Note importante : Les nouveaux régimes d'assurance maladie sont détaillés dans le communiqué ci-joint. Nous vous invitons à en prendre connaissance avant de remplir le présent formulaire.

Veuillez retourner l'original (copie blanche) ainsi que la copie jaune au service de la paie de votre employeur **avant le 9 mai 2008.**

Nº DE GROUPE	Nº DU MINISTÈRE, DE L'ORGANISME OU DE L'EMPLOYEUR	Nº D'ASSURANCE SOCIALE
8000		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE : FONCTIONNAIRES NON SYNDIQUÉS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC	NOM DU MINISTÈRE, DE L'ORGANISME OU DE L'EMPLOYEUR	
NOM	PRÉNOM	Nº D'EMPLOYÉ
ADRESSE Nº RUE APP.	CORRESPONDANCE ☐ F ☐ A	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE ( )
VILLE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL ( )

2- RÉGIME DÉSIRÉ AU 5 JUIN 2008 (ne cocher qu'un seul choix)

CHOIX	VEUILLEZ CONFIRMER VOTRE CHOIX DE PROTECTION
☐ SANTÉ 1	☐ INDIVIDUELLE ☐ MONOPARENTALE ☐ FAMILIALE
☐ SANTÉ 2 *	
☐ SANTÉ 3 **	

☐ JE DÉSIRE CONTINUER À ÊTRE EXEMPTÉ DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

☐ JE DÉSIRE ÊTRE EXEMPTÉ DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (joindre copie de la preuve)

* *Maintien obligatoire d'une durée de 24 mois*

** *Maintien obligatoire d'une durée de 36 mois*

3- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance A M J
Conjoint :			☐ M ☐ F	
Enfant(s) :			☐ M ☐ F	
			☐ M ☐ F	
Enfant(s) :			☐ M ☐ F	
			☐ M ☐ F	
			☐ M ☐ F	

4- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

«J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises, La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée La Capitale) et le responsable du régime à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour fins d'identification et d'administration. De plus, j'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, le cas échéant, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier.

En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier.»

Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent ou si mineur de son représentant légal	( ) – Téléphone	Date

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)

5- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

	( ) – Téléphone	Date

Veuillez retourner l'original (copie blanche) ainsi que la copie jaune au service de la paie de votre employeur

AVANT LE 9 MAI 2008.

Conserver la copie rose pour vos dossiers.